Rok XLVI. Kraków, dnia 17. sierpnia 1907. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Szerzenie się i zwalczanie gruźlicy płucnej.

Podał

Dr Med. Alfred Sokołowski

(Warszawa).

(Dokończenie).

Owe podstawowe sanitarne przepisy, przyczyniające się do podniesienia zdrowotności, powinny iść ręka w rękę z inną jeszcze kategoryą ogólno-społecznych środków, dążących z jednej strony do podniesienia dobrobytu, z drugiej zaś do usuwania smutnych objawów tak zwanego pauperyzmu. Suchoty bowiem, jak to powszechnie wiadomo, stanowią chorobę *par excellence* biednych, a przedewszystkiem fabrycznej miejskiej ludności. Podstawowym więc postulatem będzie usuwanie mieszkań złych i niedostatecznie przewietrzanych, poprawa w odżywianiu się ludności, zwalczanie nadużywania napojów wyskokowych, wogóle poprawa warunków higienicznych w fabrykach i warsztatach, więzieniach, ograniczenie godzin pracy, szczególniej małoletnich, przeznaczanie robotników do odpowiedniego zajęcia, zależnie od ich konstytucyi, budowanie na szeroką skalę dla robotników tanich mieszkań z ogródkami, budowa dobrze pod względem higienicznym urządzonych szkół, szczególnie ludowych. Wszystkie powyższe postulaty, związane ściśle z podniesieniem ogólnej kultury, mogą być urzeczywistnione tylko bardzo powoli w społeczeństwach, w których istnieją szerokie miejscowe samorządy. I one to, idąc ręka w rękę z całem społeczeństwem, przejętem ogólną zasadą podniesienia dobrobytu i kultury wszystkich warstw społeczeństwa, mogą stopniowo i powoli w ciągu całych dziesiątków lat doprowadzić do pożądanych wyników, których skutkiem będzie również i zmniejszenie suchot płucnych.

W tych to kierunkach niesłychaną doniosłość odgrywa i czysto filantropijna działalność bogatych jednostek lub też stowarzyszeń, jak to widzimy n. p. w Anglii, gdzie jednostki i stowarzyszenia poświęcały olbrzymie sumy na budowę tanich mieszkań dla robotników, zakładanie przytułków dla ozdrowieńców (w Anglii i Niemczech), budowę sanatoryów dla suchotników, tworzenie kolonii letnich dla biednych dzieci, towarzystw wstrzemięźliwości i t. p. Niepospolitą również w tym kierunku rolę odgrywać może szkoła, przedewszystkiem ludowa, w której umiejętnie dobrany i odpowiednio z higieną obeznany nauczyciel powinien zaszczepiać w umysły najmłodszych już dzieci zasadnicze podstawy ogólnego zdrowia, kierując poniekąd i dając rodzicom wskazówki wzmacniania wogóle ustroju dziecięcego, a przedewszystkiem wątłego, co tak przepięknie niemal przed 100 laty sformułował nasz wielki lekarz i przyrodnik Jędrzej Śniadecki, pisząc jeszcze w roku 1802 w swej pracy: »O fizycznem wychowaniu dzieci« następujące wyrazy: »Od wychowania po większej części zawisło, że te przyrodzone usposobienia do suchot albo trwają, rosną i w chorobę się zmieniają, albo się powściągają, ograniczają, lub niszczą zupełnie«. Wprowadzenie więc nauki higieny o gruntownym wykładzie do seminaryów powinno być jednym z podstawowych postulatów walki z gruźlicą. Aczkolwiek bowiem w seminaryach w Galicyi, o ile mi wiadomo, istnieją wykłady higieny, są one jednakże zupełnie zaniedbane w Królestwie i należałoby w tym kierunku wprowadzić zasadnicze reformy ze ścisłem określeniem wykładu tej ważnej gałęzi wiedzy wychowania narodowego.

Na trzecim wreszcie planie postawiłbym środki, polegające na istotnej walce z samym zarazkiem gruźliczym. Ze spełnienia bowiem postulatów, poprzednio omówionych, samo przez się wypływa, że drogą ogólnych środków sanitarno-higienicznych usuwanie gruźliczego, że tak się wyrażę, materyału (produktów choroby) z jednej strony, z drugiej zaś podniesienie ogólnej zdrowotności i odporności ustroju, wpływają pośrednio na zmniejszenie się skłonności do zarażenia się. W kierunku niszczenia i unieszkodliwienia zarazka gruźliczego powinny być zachowane powszechnie znane zasady, poniekąd również w dwóch ostatnich dziesiątkach lat dostatecznie spopularyzowane, abym je potrzebował bliżej szczegółowo omawiać, a więc: walka z plwociną, jej odkażanie i niszczenie. Ten ostatni problem był jednym z pierwszych i najważniejszych czynników olbrzymiego entuzyazmu, jaki powstał po wykryciu przez Kocha laseczników. Przypuszczano, że walka z lasecznikiem będzie łatwa, a przez jego usunięcie zniknie owo straszne widmo gruźlicy ze świata. Niestety doświadczenie praktyczne dowiodło, że zniszczenie tego, tak łatwo ujawnić się dającego czynnika, bynajmniej nie jest łatwe, że drogi, któremi wnika lasecznik do ustroju, są liczne, że pasorzyt ten znajduje się wszędzie tam, gdzie przebywa człowiek lub zwierzę, dotknięte gruźlicą, a walka z zarazkiem jest ciężką i trudną, w grę bowiem wchodzą właściwości biologiczne zarazka, jeszcze nie wyjaśnione ściśle i warunki, przy których dany osobnik ulega zakażeniu. W każdym razie z praktycznego punktu widzenia pozostaje dla nas istotnym i żadnej wątpliwości nie ulegającym fakt, że lasecznik gruźliczy jest owym czynnikiem, bez udziału którego gruźlica rozwinąć

się nie może. Należałoby więc przypuszczać, że przy umiejętnem usunięciu i niszczeniu laseczników możność rozwoju gruźlicy u człowieka byłaby zupełnie wykluczoną. Logicznym wynikiem tego twierdzenia będzie, że abstrahując od wątpliwej i jeszcze niejasnej sprawy, dotyczącej samego aktu zarażenia się człowieka, powinniśmy stale dążyć do niszczenia i unieszkodliwiania zarazka. Walka więc z plwociną, odkażanie jej, niszczenie, stanowi poniekąd czynnik podstawowy nietylko walki z gruźlicą, lecz i zapobiegania tej chorobie. W tym więc kierunku stosowane być powinny pedantycznie, znane dziś, spopularyzowane powszechnie prawidła:

1) nieplucia na podłogę, lecz w odpowiednie spluwaczki, co szczególnie winno mieć szerokie zastosowanie nietylko w mieszkaniu chorego suchotnika, ale we wszystkich miejscach, w których przebywa czasowo lub stale znaczna ilość osób, gdyż zawsze wśród nich znajdzie się pewno sporo osób, dotkniętych gruźlicą (schody domów, warsztaty, wozy kolejowe i tramwajowe, kościoły, teatry, koszary i t. p.).

2) Odkażanie przedmiotów, używanych przez suchotników, a szczególniej bielizny, systematyczne odkażanie mieszkań, w których przebywali, a bardziej jeszcze, w których umarli suchotnicy.

3) Ze względu, że nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, iż źródłem zakażenia się mogą być wydzieliny nietylko człowieka, lecz i zwierzęcia, dotkniętego gruźlicą, przedewszystkiem mleko, w pierwszej linii krowie, rzadziej mięso, to pierwszorzędnem zadaniem zapobiegania będzie usunięcie z handlu przy pomocy ścisłej sanitarno-policyjnej kontroli mięsa wołów lub krów, dotkniętych tak zwaną perlicą. Ze względu zaś na to, że mleko, ten najistotniejszy pokarm dla dzieci, może być niesłychanie łatwo przenośnikiem zarazka gruźliczego i ma odgrywać, jak to przypuszcza Behring i jego szkoła, pierwszorzędną rolę w patologii powstania gruźlicy wogóle u człowieka, to też i na zapobieganie gruźlicy w tym kierunku należy zwrócić niesłychanie baczną uwagę, poddając nadzorowi weterynaryjnemu, drogą wstrzykiwań tuberkuliny, krowy w oborach, dostarczających mleko na targi. Należałoby nawet dążyć, aby, podobnie jak w Danii, wprowadzoną została taka ścisła kontrola na drodze prawodawczej. Tymczasem trzeba starać się zapomocą odpowiednich publikacyi uświadamiać właścicieli, szczególniej małych gospodarstw, o cechach, właściwych gruźlicy krów i o sposobach uchronienia ich od jej rozwoju. W tym kierunku energiczną akcyę prowadzić powinny towarzystwa rolnicze, szczególniej ich filie prowincyonalne. Należy zalecać używanie mleka gotowanego, szczególniej, jeżeli ono pochodzi z niepewnego źródła, a w tym kierunku niesłychanie pożyteczne okazują się instytucye tak zwanej »Kropli mleka«, szeroko rozgałęzione za granicą, a głównie we Francyi, i u nas również rozwijające się w ostatnich czasach pomyślnie (Kraków, Warszawa, Łódź, Lublin), a mające za zadanie dostarczanie biednej ludności darmo lub za bardzo nizką opłatą dla niemowląt mleka, uprzednio pasteryzowanego.

Co do dotkniętych gruźlicą jednostek, a szczególniej osób biednych, również należałoby starać się, o ile można, o ich odosobnienie i pomieszczanie w odpowiednio urządzonych zakładach leczniczych. Zadanie to niesłychanie trudne i skomplikowane ze względu na olbrzymią ilość suchotników powinno również na drodze współudziału państwa i społeczeństwa stopniowo być wprowadzane w życie. Akcyę tę należy prowadzić w podwójnym kierunku: 1) starając się otwierać, zapomocą funduszów państwowych, jaknajwiększą liczbę uzdrowisk w różnych miejscowościach kraju, w których biedni suchotnicy znajdowaliby bezpłatnie lub za niewielką opłatą odpowiednie pomieszczenie; 2) otwierając specyalne oddziały przy szpitalach dla ciężko chorych suchotników, tą drogą usuwając ich z ciasnych mieszkań, przepełnionych zdrowymi członkami rodziny. W niektórych państwach (Saksonia, Szwecya) istnieje prawo, na mocy którego suchotnik, nie mający odpowiedniego pomieszczenia w domu i mogący przeto być niebezpiecznym dla otoczenia, jest zmuszonym do wstąpienia do odpowiedniego państwowego zakładu lub szpitala. Naturalnie prawo to, wysoce rozumne i humanitarne, może być zastosowane tylko w krajach i państwach, w których istnieje odpowiednia liczba zakładów, gdzie suchotnik chory miejsce w danym razie znaleźć będzie musiał. U nas przed wydaniem podobnego prawa należy przedewszystkiem domagać się ciągle zwiększenia ilości szpitali z osobnymi oddziałami dla suchotników, co stanowi palącą potrzebę w Galicyi i Królestwie. W Niemczech, gdzie istnieje obowiązkowe ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków, choroby i ubezpieczenie na starość, dokonano w ostatnim dziesiątku lat pod tym względem olbrzymich i zdumiewających, niejako epokowych przewrotów. Doświadczenie bowiem dowiodło, że u połowy przeszło niezdolnych do pracy robotników fabrycznych główną przyczynę stanowiła gruźlica płuc. Stąd też instytucye te rozwinęły niezwykłą, a zarazem wysoce pożyteczną w tym kierunku działalność, otwierając swoim kosztem liczne sanatorya, lub pomieszczając chorych na koszt instytucyi w innych sanatoryach, a tą drogą wpływając skutecznie nietylko na wyleczenie, lecz i na zapobieganie gruźlicy, usuwając o ile można wcześnie chorych z fabryk i ich bliższego otoczenia. W ostatnich latach wytworzono w Niemczech jeszcze liczne tak zwane miejsca odpoczynku w lasach w ciągu dnia dla lżej chorych, w których przebywają oni cały dzień, dostając tamże za niezmiernie umiarkowaną cenę pożywne jedzenie. W innych społeczeństwach, w których nie istnieją powyższe instytucye, akcyę w tym kierunku prowadzą instytucye państwowe i gminne, popierając i subwencyonując rozgałęzione szeroko w ostatnich dziesiątkach lat we Francyi, Anglii, Belgii, Danii i innych państwach tak zwane ligi, to jest stowarzyszenia przeciwgruźlicze. Ligi te, drogą ofiarności publicznej, organizują niezmiernie pożyteczną działalność w kierunku nietylko walki z gruźlicą, lecz i jej zapobiegania. One bowiem wchodzą za pośrednictwem swych członków w bliższą znajomość, bliższy stosunek z rodzinami chorych, dotkniętych gruźlicą. Starają się nietylko o umieszczenie chorego, jeżeli się to okaże potrzebne, w odpowiednim zakładzie, lecz jednocześnie udzielają lżej chorym rady i pomocy lekarskiej w odpowiednio urządzonych ambulatoryach, wspierają chorych i ich rodziny, pouczają o właściwem zachowaniu się i zabezpieczaniu zdrowych członków rodziny od zapadnięcia na tęż chorobę i t. p.

Jeżeli po skreśleniu powyższych postulatów, na jakich powinna się opierać walka z gruźlicą, zapytamy się na zakończenie, co w tych podstawowych kwestyach, odnoszących się do tej niezwykle ważnej sprawy, zrobiono u nas

w Królestwie, to przedewszystkiem wspomnieć musimy, że jedynie w Warszawie, a potrochu i w innych miastach Królestwa cośkolwiek w tym kierunku zrobiono. Mimo fatalnej obręczy, która zaciskała życie naszego społeczeństwa, w walce z gruźlicą w ciągu ostatnich lat 20 dokonano jednakże, zdaniem naszem, wielu bardzo doniosłych urządzeń i tak: Z ogólno-społecznych przeprowadzono w Warszawie, dzięki przedewszystkiem staraniom i dobrej woli wyjątkowego prezydenta miasta, generała Starynkiewicza, znakomicie urządzoną i wybornie działającą kanalizacyę i wodociągi, których sieci stopniowo i metodycznie rozszerzają się, obejmując nietylko miasto, lecz i przedmieścia. Te to wzorowe urządzenia stanowią epokową pracę i one to bezspornie przez skanalizowanie niezwykle brudnego miasta i dostarczenie nawet odległym przedmieściom w obfitej ilości wybornej wody filtrowanej, stały się fundamentem poprawy ogólnej zdrowotności miasta, wynikiem czego jest zmniejszająca się śmiertelność ogólna, jakoteż i z chorób zakaźnych, a także i z gruźlicy.

Z objawów filantropii społecznej, będącej pośredniem ogniwem w walce z gruźlicą, wspomnieć należy w pierwszej linii o czynnym od lat 4 Instytucie Higieny Dziecięcej fundacyi warszawskiego filantropa, barona Lenvala. Instytut ten, o bardzo szerokim zakresie, ma przedewszystkiem za zadanie podniesienie poprawy zaniedbanych zupełnie warunków higienicznych u dzieci biednej ludności. Przez stosowanie darmo lub też za bardzo umiarkowaną opłatą kąpieli, natrysków, gimnastyki leczniczej, pielęgnowania zębów i t. p., jednocześnie przez urządzanie odpowiednich pogadanek dla matek, wszczepiane bywają racyonalne podstawy higieny wśród biednej ludności. Obok tego w instytucie powstała w ostatnich latach, drogą ofiarności prywatnej, instytucya t. zw. »Kropli mleka«, mająca na celu dostarczanie pasteryzowanego mleka darmo, lub za bardzo umiarkowaną zapłatę, dla karmienia niemowląt lub chorych dzieci [1]). Instytucya ta rozwija się stopniowo. Natomiast w Łodzi przyjęła bardzo szerokie rozmiary, zawdzięczając je również ofiarności prywatnej. W ostatnich czasach zorganizowano również i w Lublinie »Kroplę mleka«.

Kolonie letnie, założone przez naszego niepospolitego w tym kierunku działacza społecznego doktora Markiewicza, w ciągu swojej 25-letniej działalności, dzięki również hojnym darom wielkich filantropów (Rau i wielu innych), rozwinęły się szeroko, dając możność przebywania na świeżem powietrzu przeszło 3,000 biednych i słabowitych dzieci rocznie, wzmacniając ich ustrój i tą drogą, pośrednio, chroniąc od gruźlicy. Kolonie letnie wzorem Warszawy rozwinęły się również w Łodzi, Lublinie, Radomiu i Częstochowie. Do instytucyi tej kategoryi zaliczyć jeszcze należy ogródki do letnich zabaw dla biednych dzieci, powstałe również z zapisów Raua, kąpiele ludowe imienia Chałubińskiego. Do instytucyi, wprost skierowanych ku walce z gruźlicą, należy dodać sekcyę przeciwgruźliczą, powstałą przy Towarzystwie higienicznem, w której pod kierunkiem sprawozdawcy odbywają się raz na miesiąc posiedzenia, poświęcone rozbiorowi teoretycznemu różnych zagadnień, odnoszących się do walki z gruźlicą.

W kierunku szpitalnictwa zapisać należy zbudowanie przy niektórych oddziałach szpitalnych leżalni, przeznaczonych do leczenia chorych gruźliczych (szpitale: św. Ducha, Dzieciątka Jezus, Żydowski), ufundowanie pięknego oddziału dla chorych piersiowych, dzięki zabiegom niezmordowanego działacza na polu walki z gruźlicą płuc, dr Sterlinga w szpitalu im. Poznańskich w Łodzi, a wreszcie koroną tej sprawy nazwać można kończące się obecnie sanatoryum w Rudce pod Warszawą, zainicyowane przez dr Dunina. Budowa tego sanatoryum kosztowała prawie ćwierć miliona rubli, zebranych wyłącznie tylko drogą ofiarności prywatnej. Na zakończenie wspomnieć muszę o organizującej się obecnie w Warszawie Lidze Przeciwgruźliczej, która, o ile sądzę, działalność swoją praktyczną w walce z gruźlicą już w niedługim czasie rozpocząć będzie mogła.

Tymczasem zresztą na przestrzeni całego 10-milionowego kraju (t. j. Królestwa) literalnie nic a nic w sprawie walki z gruźlicą nie zrobiono, ani w sensie prawodawczym, ani społeczno-ekonomicznym, a nawet filantropijnym. Na nasze usprawiedliwienie powiedzieć możemy, szczególniej my lekarze, że wielokrotnie ludzie dobrej woli, a nawet całe towarzystwa (higieniczne) nawoływały w tym kierunku, ostrzegając społeczeństwo o strasznej klęsce, jaka grasuje stale w kraju, wzywając do walki z gruźlicą. Słowa te jednakże zawsze były głosem wołającego na puszczy, którego echo odbijało się, jak o opokę, o nasze władze państwowe, których hasłem było nie budować — lecz niszczyć, nie pomagać — lecz szkodzić nawet w takiej sprawie, jaką jest zdrowie publiczne. I po dziś dzień nic się nie zmieniło w tym kierunku! Świtające jednakże zaranie swobody politycznej winno przypomnieć całemu społeczeństwu, że obok podniosłej walki w sprawie ogólnej swobody nie należy zapominać i o walce z tak wielkim wrogiem społecznym, jakim jest gruźlica, którą słusznie można nazwać istotną klęską narodową. Ogólna więc autonomia kraju, a z nią samorząd miejscowy, winien się zająć w pierwszej linii opracowaniem, na wzór Anglii, ustawy zdrowia publicznego, zakładając tą drogą kamień węgielny do walki z gruźlicą.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

(Ciąg dalszy, ob. Nr 31.)

Jeśli teraz zestawimy wszystko, com powiedział, to dojdziemy do wniosku, że dążenia do poznania zmian anatomicznych, towarzyszących sprawom chorobowym, i do wyświetlenia ich patogenezy, znalazły dostateczne dla siebie zadośćuczynienie w szeregu nowszych metod badania. Zdawałoby się, że na tem można ograniczyć zadania dyagnostyki. Spostrzeżenia jednak dowiodły, że poznanie tylko morfologicznych zmian w chorym narządzie i patogenezy choroby jeszcze nie wystarcza dla głębszego pojmowania

[1]) W ciągu roku 1906 wydano w instytucie dzieciom 44,501 kąpieli, 2,188 godzin gimnastyki, ostrzyżono 4,411 głów, zaszczepiono ospę 1,221 dzieciom, wydano 143,445 buteleczek (ćwierćlitrowych) pasteryzowanego mleka, udzielono 2,000 porad dentystycznych.

sprawy chorobowej i jej znaczenia dla chorego ustroju. Dowiedzieliśmy się mianowicie, że stopień zmian anatomicznych nie zawsze idzie w parze z obniżeniem czynności chorego narządu, że zejście choroby w wielu przypadkach zależy nietylko od stopnia zmian narządu, lecz i od stopnia sprawności innych narządów, nieraz nawet takich, w których zadanie nie wchodzi zrównoważenie czynności chorego narządu. Tak n. p. S. Botkin w swych wykładach klinicznych rozwijał tę myśl, że zejście śmiertelne we włóknikowem zapaleniu płuc następuje »czasami w okresie rozejścia się sprawy, gdy znaczna część tkanki płucnej jest już dostępną dla powietrza, gdy czynność serca o tyle jest dobrą, że daje praktycznemu lekarzowi prawo niezłe rokować, gdy ciepłota obniża się«; śmierć w tych przypadkach »nieraz przy dobrem tętnie« zależy od »samozatrucia ustroju jakimiś przetworami, prawdopodobnie rozwijającymi się wskutek rozwoj udwoinek, a zatrzymanymi w ustroju i sprowadzającymi porażenie ośrodków nerwowych«. »Żywo przypominam sobie«, — mówi w innem miejscu tenże klinicysta — »naradę lekarską u chorego na zapalenie płuc, u którego tętno było dość silne, pełne, nie bardzo przyspieszone, jednem słowem, tętno, które nie wzniecało żadnych obaw. Skończywszy badanie chorego, przeszliśmy do sąsiedniego pokoju dla narady. Nie skończyliśmy jej jeszcze, gdy nam doniesiono, że chory umarł. Nie upłynęło ani pół godziny od czasu, gdy go zostawiliśmy. I nie jest to odosobniony wypadek«. Doświadczenia Cloëtta, który wywoływał u królików sztucznie ostre zapalenie nerek, wstrzykując im aloinę, kantarydynę i chromian potasu, i badał stosunek zmian anatomicznych do sprawności nerek, również dowiodły, że jednakowe zmiany tkanki nerkowej nie zawsze idą równolegle z odpowiedniem obniżeniem czynności nerek. Wreszcie codzienne doświadczenie kliniczne poucza również, że w jednej i tej samej chorobie, n. p. w wadzie serca, wystarcza w jednych przypadkach już tylko odpoczynek dla usunięcia zaburzeń wyrównania, w innych zaś razach niezbędnem jest zastosowanie środków leczniczych, do tego nie zawsze z wynikiem pomyślnym. W zapaleniu nerek jeden chory czuje się wyśmienicie w gorącym i suchym klimacie, drugi zaś pędzi w takim klimacie żywot godny pożałowania. W chorobach żołądka narząd ten nieraz z łatwością trawi niewielką ilość pokarmu, a niedomaga, gdy mu dano do przetrawienia znaczniejszą jego ilość; w stosunku do czynności wydzielniczej przejawia się to w ten sposób, że po próbnem śniadaniu sok żołądkowy zawiera dostateczną lub nawet nadmierną ilość wolnego kwasu solnego, po próbnym zaś obiedzie kwasu solnego w nim niema lub znajdzie się w niewielkiej ilości. (Riegel, Dörner). Wszystkie te i podobne dane przekonały nas, że anatomicznie zmieniony narząd może zachować w dostatecznej mierze swą sprawność, anatomicznie zaś zdrowy być niedostatecznie sprawnym. Jeśli tak, to dla dyagnostyki powstaje nowe zadanie, mianowicie rozwiązanie pytania, o ile została zachowaną czynnościowa zdolność narządów zarówno chorych, jak i zdrowych. Ten spółczesny kierunek dyagnostyki, któremu dali początek Rosenbach i Martius, nosi miano kierunku czynnościowego lub potencyalnego.

Przewód pokarmowy był pierwszym punktem ustroju, do którego skierowała swe kroki dyagnostyka potencyalna. W dziedzinie chorób żołądka wydały pod tym względem nasze dążenia wyniki wyśmienite. Dzięki zastosowaniu zgłębnika żołądkowego możemy w obecnym czasie wytworzyć sobie dostateczne pojęcie o sprawności żołądka zarówno wydzielniczej, jak i ruchowej. Podając ściśle oznaczony pokarm (różnego rodzaju próbne śniadania i obiady) i zmieniając go w badaniach wtórnych, śledzimy przebieg pracy żołądka i w ten sposób zapoznajemy się ze stopniem sprawności tego narządu. Ogromne postępy w patologii żołądka, zdobyte dzięki dyagnostyce czynnościowej, naprowadziły Schmidta i jego ucznia Strassburgera na myśl, by w takiż sposób badać jelita. W ostatnich swych pracach badacze ci starają się poznać nietylko poszczególne czynności jelita, — ruchową, wydzielniczą i wchłaniającą, lecz i odgraniczyć śród zaburzeń ruchowych zaburzenia ruchowe jelita cienkiego i grubego, a śród zaburzeń wydzielniczych zaburzenia różnych soków trawiennych, mianowicie soku żołądkowego, trzustkowego, jelitowego i żółci. W tym celu Schmidt i Strassburger podają próbny pokarm, składający się przeważnie z mleka, ściśle oznaczonej ilości substancyi skrobiowatych (100 grm. biszkoptu, 80 grm. krup owsianych i 190 grm. ziemniaków) i mięsa, mianowicie siekanego kotleta, w środku koniecznie surowego. Oddany po takim pokarmie kał poddają Schmidt i Strassburger badaniu, oglądając go gołem okiem i pod drobnowidem i przerabiając próbę sublimatową i fermentacyjną. Z tych badań (Schmidt i Strassburger, ostatnio Hess) okazało się, że obecność w kale po próbnym pokarmie resztek tkanki łącznej, widzialnej pod drobnowidem, świadczy o zaburzeniu trawienia żołądkowego, jego wydzielniczej lub ruchowej czynności, przemawiając w ten sposób za tem, że żołądek nie potrafi wypełnić pracy, od niego wymaganej. Taki stan niesprawności żołądka podmiotowo nie przejawia się wcale, lub wywołuje dolegliwości żołądkowe lub wreszcie zaburzenia jelitowe, jużto szybko przemijające, jużto tak znaczne, że przeważają w obrazie choroby, jak to widzimy np. w przypadkach braku soku żołądkowego (*achylia gastrica*), przebiegającego nieraz bez wszelkich dolegliwości podmiotowych ze strony żołądka. Obecność w kale widocznych gołem okiem resztek mięśni świadczy zawsze o obniżeniu którejkolwiek czynności jelit cienkich. Dodatni wynik próby fermentacyjnej, zależny od rozkładu białkanów, świadczy niewątpliwie o silnem zaburzeniu czynności jelit, połączonem z anatomicznemi zmianami ich błony śluzowej. Wreszcie niedostateczne przetrawienie substancyi skrobiowatych, przejawiające się wczesnem kiśnieniem, stoi w związku z naruszeniem wydzieliny soku jelitowego. Stan ten cechuje t. zw. »fermentacyjną niestrawność jelitową« Strassburgera i Schmidta. Wszystkie te badania rzucają światło na stan jelit pod względem czynnościowym. Wyniki te co prawda nie są tak ścisłe, jak dane, uzyskane dzięki czynnościowej dyagnostyce w patologii żołądka. Ta różnica w wynikach tłómaczy się zawilszymi stosunkami w jelitach, w porównaniu do żołądka. Przypomnijmy tylko sobie, jak ściśle powiązane między sobą są wydzielnicza, ruchowa i wchłaniająca czynności jelit i z jak rozmaitymi sokami trawiennymi spotykają się w jelitach różne rodzaje pokarmów. W samej rzeczy, z fizyologii wiadomo, że białko ulega strawieniu przez trypsynę i pepsynę, że tłuszcze, rozkładające się jeszcze w żołądku od zaczynu, wykrytego przez Volparda i stwierdzonego następnie przez Garbera i Stadego, ulegają w jelitach trawieniu przez sok trzustkowy i żółć, że wreszcie węglowodany, zmienione już pod działaniem ptyaliny śliny, napotykają w jelitach sok trzustkowy. Do tego należy dodać kinazę soku jelitowego, wykrytą u psów przez Szepowalnikowa i stwierdzoną przez Delezenna i Frouina, prof. Popielskiego, Bołdyrewa, Sawicza, Camusa i Gleya, Lepera i innych, zaś u ludzi przez Hamburgera i Hekma i Glässnera. Kinaza ta przeprowadza zaczyny soku trzustkowego ze stanu utajonego w stan czynny; co prawda w badaniach Hamburgera i Hekma sok jelitowy nie wywierał wpływu na diastatyczny i lipolityczny zaczyn soku trzustkowego. Oprócz tych głównych soków trawiennych wlewają się do światła jelit (przynajmniej, o ile można sądzić z doświadczeń na zwierzętach) jeszcze soki dodatkowe. Do tych należą sok kątnicy, zawierający zaczyny diastatyczny i proteolityczny (Berłacki, Strażesko) i zwiększający zaczynowe działanie amilazy i lipazy soku trzustkowego (Pożerski, Strażesko); soki gruczołów Brunnera i odźwiernikowych (Szemiakin, Ponomarew, Dobromysłow), zawierające zaczyny, które rozpuszczają białko, ścinają mleko i zawieszają tłuszcze, a sok

gruczołów Brunnera oprócz tego i enterokinazę (Ponomarew); sok jelitowy, zawierający lipazę (Bołdyrew), wreszcie żółć, sprzyjająca działaniu zaczynu diastatycznego soku trzustkowego (Martin, Williams, prof. Pawłow, Bruno Kładnicki) i przeprowadzająca oleopsynę soku trzustkowego w stan czynny (Babkin). Trzeba mieć również na względzie możliwość zastąpienia trawienia żołądkowego trzustkowym wskutek dostawania się do żołądka mieszaniny soków trzustkowego, jelitowego i żółci (Bołdyrew, Arbekow). Do tego wszystkiego należy jeszcze dodać obecność w błonie śluzowej jelit wykrytej przez Cohnheima erepsyny, która rozkłada albumozy i peptony; erepsynę tę wykrył również w soku jelitowym u psów prof. Sałaskin, Kutscher i Seemann, a u ludzi Hamburger i Hekm. Wreszcie w błonie śluzowej żołądka i jelit zawiera się antypepsyna i antytrypsyna (prof. A. Danilewski, Genzel, Weinland). Co się tyczy innych czynności jelit, to nie mamy niestety dotychczas metod dla oceny wchłaniającej zdolności jelita i czasu przebywania miazgi pokarmowej w jelitach cienkich; ta okoliczność ma tem większe znaczenie, że, jak wykryli Berłacki, Troicki i Strażesko, zarówno ruchowa, jak i wchłaniająca czynności jelit są niejednakowe względem różnych pokarmów. Tak n. p., według doświadczeń Strażesko po spożyciu mięsa przechodzenie treści do jelit grubych rozpoczyna się już po upływie 2 godzin i dosięga najwyższego stopnia po 7, 8, 9 godzinach; po spożyciu chleba przechodzenie rozpoczyna się po 4 godzinach i dochodzi do najwyższego natężenia po 9, 10, 11 godzinach i t. d. Trudność oceny sprawności jelit wzrasta tembardziej, że metody oznaczania zaburzeń wydzielniczej pracy trzustki (kapsułki glutoidowe Sahliego, jądrowa metoda Schmidta, glicerynowa Cammidgea i inne) nie są bez zarzutu. Sama trzustka wreszcie odznacza się zdolnością do odradzania się (prof. J. Pawłow i Smirnow). Wszystkie te okoliczności [1]) w wysokim stopniu utrudniają nasze dążenia do obznajomienia się ze sprawnością jelit. (C. d. n).

[1]) Patrz również: Witold Orłowski. Przegląd prac w dziedzinie narządów trawienia. Izwiestija Imperatorskoj Wojenno-Medicinskoj Akademii 1901, t. 3, Nr 1, str. 56; 1902, t. 4, Nr 1, str. 45—46.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

G. Leven i G. Barret. **Określenie rozszerzenia żołądka oparte na radyoskopii.** (*Presse méd.* Nr 46, 1907). Na podstawie radyoskopii oświadczają autorowie: 1) że żołądek prawidłowy leży najczęściej pionowo i mieści się cały w podżebrzu lewem. Z 2 odcinków żołądka tylko krótki odcinek przyodźwiernikowy leży poziomo i może bardzo nieznacznie przekraczać ku stronie prawej linię środkową ciała. 2) Granica dolna żołądka odpowiada wysokości pępka u zdrowych, badanych naczczo i w położeniu poziomem. U ludzi stojących obniża się ta granica o 1—2 ctm. 3) Stosunek dolnej granicy żołądka do pępka ma tylko względne znaczenie z tego powodu, że położenie pępka nie jest stałe. 4) Czy żołądek pusty, czy pełny, to niema u człowieka zdrowego wpływu na położenie dolnej granicy żołądka. Jeśli żołądek jest pełny, to się rozszerza, jeśli pusty, to się zwęża, jednak tylko odcinek pionowy, a nie poziomy, stanowiący dno żołądka. 5) Pluskanie może istnieć w żołądku prawidłowym, naodwrót może go nie być w żołądku rozszerzonym. 6) Tylko badanie radyoskopowe wypełnionego żołądka może rozstrzygnąć, czy jest on rozszerzony, czy nie. Jeśli zdrowy dorosły człowiek wypije 40—50 ctm.^{3} wody, albo i więcej, to górna powierzchnia płynu w żołądku układa się wogóle bardzo wysoko. Powierzchnia górna nie podnosi się dalej, choćby badany wypił i 250—300 ctm.^{3}. Jeśli wypije jeszcze więcej, to zmieniają się bardzo obrysy żołądka, bo odcinek pionowy bardzo się rozszerza. — W przypadkach rozszerzenia żołądka płyn gromadzi się na dnie i trzeba podać badanemu kilkaset ctm.^{3} płynu, by płyn sięgał w żołądku do wysokości, jaką znajdujemy u człowieka zdrowego po wypiciu tylko 40 ctm.^{3}; w miarę przybywania płynu w żołądku rozszerzonym, górna powierzchnia płynu podnosi się. Jednem słowem żołądek zdrowy ma zdolność przystosowywania się do swej treści, rozszerzony zaś nie. — Autorowie zwracają uwagę, że żołądek rozszerzony, wypełniony płynem, może w radyoskopowym obrazie wyglądać, jakby w środku przewężony. Jest to jednak zjawisko przyrody mechanicznej, które z opróżnieniem żołądka znika. Znika ono też i wśród radyoskopowania, jeśli okolicę dna żołądka uniesie się ku górze. — Wogóle biorąc, chorobowe rozszerzenie żołądka należy oceniać nie według wymiarów żołądka, ale według sposobu jego wypełniania się. *Stahr.*

L. Cheinisse. **Śluzotok żołądkowy.** (*Sem. méd.* Nr 28, 1907). Śluzotok żołądkowy, który sam przez się nie stanowi »jednostki chorobowej«, ale tylko objaw chorobowy, tak samo, jak n. p. sokotok żołądkowy, nadmierna kwaśność i t. d., może być ciągłym lub przerywanym. Śluzotok stały towarzyszy najczęściej przewlekłym nieżytom żołądka i nerwicom żołądka, przebiegającym z wybitnem upośledzeniem lub brakiem wydzielania kwasu solnego. Przeważnie tłómaczą autorowie śluzotok jako objaw nieżytu, inni jednak upatrują przyczyny tego objawu bardzo często w nerwicy (*myxoneurosis gastrica*). Jeśli ilość śluzu dobytego z żołądka przekracza 5 ctm.^{3}, to uważa się to za objaw już chorobowy, prawdziwy jednak śluzotok zaczyna się powyżej 25 ctm.^{3}. Trzeba jednak zawsze pamiętać i o tem, że śluz, dobyty wśród pompowania żołądka, może pochodzić także z przełyku, gardła i ust. Ludzie, cierpiący na przerywany śluzotok żołądkowy, zapadają zwykle nagle wśród najlepszego zdrowia, i to najczęściej rano po zbudzeniu się zaczynają gwałtownie wymiotować. Żadne leki nie pomagają. Z początku wymiotują chorzy tylko płyn klejki, a potem żółć i sok dwunastniczy; nigdy nie zawierają wymiociny miazgi pokarmowej. Chorzy nie skarżą się na żadne bole w okolicy żołądka; w czasie napadu nie znoszą żadnego pokarmu, ani stałego, ani płynnego, połknięty pokarm natychmiast zwracają. Napad trwa zwykle dzień, rzadko dłużej, i nagle mija. Między napadami chorzy czują się zupełnie dobrze. Częstszym jest śluzotok stały, który jednak nie przejawia się niczem znamiennem; w obrazie klinicznym przeważa choroba zasadnicza, stanowiąca podłoże sprawy (nerwica, nieżyt żołądkowy). Rozpoznając śluzotok przerywany, należy wyłączyć zatrucie np. wyskokiem (*vomitus matutinus*), chloranem potasu (przypadek Penznera, opisany w Berl. klin. Wochs. 14 i 21. I. 1907) i t. d. Śluzotok stały usuwa się, lecząc chorobę główną, a przerywany radzi autor leczyć przepłukiwaniem żołądka w czasie pozornego zupełnego zdrowia. Wśród napadu pomaga jedynie morfina z atropiną, wstrzykiwane podskórnie. *Stahr.*

E. Bernoulli. **Rak żołądka i jelit w 20 pierwszych latach życia.** (*Arch. f. Verdauungskr.* 1907, XIII, 2). Autor spostrzegał sam trzy przypadki raka u osób młodych (lat 15, 17 i 18), a z piśmiennictwa zdołał zebrać 47 pewnych przypadków raka żołądka lub jelit u osobników, liczących niżej lat dwudziestu. Z tych 50 przypadków usadowił się nowotwór 13 razy w żołądku (z tego 5 razy w odźwierniku), 3 razy w jelicie cienkiem, 5 razy w grubem, 8 razy w kiszce esowatej, a 21 razy w odbytnicy; ani razu nie znaleziono raka w dwunastnicy. Częstość raka odbytnicy da się wytłómaczyć i tem, że rak tej części jelita, łatwiejszy do rozpoznania, jest też częściej leczony, niż nowotwory innych części przewodu pokarmowego. Na 13 raków żołądka trzy wyszły z wrzodu okrągłego. Co się tyczy utkania, to najczęstszą odmianą u osobników młodych był rak galaretowaty (16 na 50). Objawy nie odróżniały się zasadniczo niczem od raków u osób dorosłych z wyjątkiem tego, że chera zjawiała się nieco rzadziej — dość często natomiast stwierdzano zwykłą niedokrwistość bez poważniejszych zresztą zaburzeń w odżywieniu. Choroba przebiegała przeważnie nadzwyczaj gwałtownie. I tak w 19 przypadkach trwała choroba średnio 5 miesięcy i 21 dni. W niektórych z tych przypadków dokonano zabiegu łagodzącego (paliatywnego). W innych 9, w których nowotwór wyłuszczono, trwała choroba średnio 21 miesięcy i 12 dni. Raz tylko w przypadku raka odbytnicy na 11 przypadków nieoperowanych trwała choroba wyżej roku. *Stahr.*

E. Leyden i P. Bergell. **O zastosowaniu leczniczem trypsyny (pankreatyny) w raku.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1907). Autorowie wyrażają przekonanie, iż wzrost nowotworów rakowych odbywa się w sposób swoisty, a ich przemiana materyi jest zupełnie odrębną od przemiany materyi prawidłowego ustroju. Substancye, z których buduje się nowotwór, są istotami białkowemi; istoty te powstają drogą zawiłych procesów,

jeszcze nam nieznanych i tworzą, zdaniem autorów, swoiste białko rakowe, które cechuje się wielką złośliwością. Mimo, iż *in vitro* trypsyna szybko strawia substancyę rakową w przeciwieństwie do pepsyny, a nawet wstrzyknięta w miąższ nowotworu powoduje ograniczone strawienie, to jednak nie spostrzegano wcale trwałych, zupełnych wyleczeń przy użyciu tego środka. *Nowaczyński.*

Crämer. **O wpływie nikotyny, kawy i herbaty na trawienie.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 19 i 20). Ciekawe dane, dotyczące tego przedmiotu, zaczerpnął C. ze spostrzeżeń bądź na sobie samym (zatrucie wskutek palenia), bądź na chorych. Uwzględnia dalej C. doświadczenia, wykonane przez siebie *in vitro*, a dotyczące przebiegu trawienia przy dodaniu wymienionych używek. Ogólne wnioski C. są następujące: kawa, jak to już doświadczenia Sasakiego i Pinkussohna dowiodły, podnieca wydzielanie kwasu solnego w żołądku; odwrotnie działa herbata. Wynika stąd, że kawa jest przeciwwskazana w nadkwaśności i że tam lepiej działać będzie herbata. Przy chorobach, przebiegających ze zmniejszonem wydzielaniem kwasu solnego, należy dyetę regulować w odwrotnym kierunku. Najciekawsze dane, dla praktyka ważne, a zupełnie dotąd nie uwzględnione, dotyczą wpływu palenia tytoniu na narząd trawienia. Nikotyna wpływa i na czynność wydzielniczą żołądka i na czynność ruchową przewodu pokarmowego. Zrazu sprzyjając obfitszemu wydzielaniu soku żołądkowego, wywołuje wkrótce, najprawdopodobniej przez znużenie narządu gruczołowego, zupełny brak kwasu solnego w żołądku. Taki brak HCl spotyka się szczególnie często u marynarzy, nawykowo żujących tytoń. Trawienie białka jest pod wpływem nikotyny upośledzone, prawdopodobnie skutkiem tego, że znaczna część kwasu solnego wolnego zostaje związana przez zasady pirydynowe, zawarte w tytoniu. Nikotyna wywołuje też, — jak to i w doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono, — skurcz toniczny mięśni gładkich tak naczyń, jak też i samych ścian przewodu pokarmowego. Stąd bole w brzuchu i upośledzenie sprawności ruchowej narządu trawienia, stąd objawy kurczowego zaparcia stolca i skłonności do krwawnic. *Dr M. Godlewski.*

J. Foucaud i L. Salignat. **Niestrawność wyrostkowa.** (*Presse méd.* Nr 42, 1907). Zbiór przypadłości żołądkowych, towarzyszących lub też maskujących, czasem aż do niepoznania, zapalenie wyrostka robaczkowego, nazwali badacze francuscy »la dyspepsie appendiculaire«. F. i S. starają się na podstawie swoich spostrzeżeń podać charakterystykę tego cierpienia: Na 37 chorych na przewlekłe zapalenie wyrostka wystąpiły zaburzenia żołądkowe jako skutek zapalenia wyrostka 24 razy (65 prc.). F. i S. odróżniają trzy typy zaburzeń: 1) najczęstszy typ hypósteniczny (58 prc.). Chorzy tego rodzaju narzekają na gniecenie w dołku po jedzeniu, wzdęcie brzucha, odbijanie, wiatry i nudności, wyjątkowo na zgagę lub kurcze żołądkowe. Tym objawom miejscowym towarzyszą czasem ogólne: uczucie lęku, kołatanie serca, zawroty głowy, nawały krwi do głowy i migrena. 2) Typ hyperśteniczny, mniej częsty (25 prc.). Dolegliwości zaczynają się w 3—5 godzin po spożyciu jadła i bardzo często kończą się wymiotami wodnistymi lub zjedzonymi potrawami. 3) Typ gastralgiczny, najrzadszy (12 prc.), cechuje się gwałtownymi napadami kurczów żołądkowych, albo migreny. Zaburzeniom tym towarzyszą często i zaburzenia jelitowe, najczęściej zaparcie, czasem rozwolnienie, albo też naprzemian jużto zaparcie, już biegunka. 14 razy widzieli F. i S. kolkę jelitową, a w 11 przypadkach występowała ona jakby odruchowo w chwili zaostrzenia się sprawy w wyrostku. Objawy te wszystkie odnoszą F. i S. do samozakażenia ustroju i tem tłómaczą, że chorzy tacy rychło chudną, że ich cera przybiera odcień ziemisty, często podżółtaczkowy. Wreszcie wśród objawów śledziennictwa rozwija się charłactwo (w $^1/_3$ przypadków). Rozpoznanie łatwe, gdzie zapalenie wyrostka łatwo rozpoznać, ale czem się kierować w tych przypadkach, w których zapalenie wyrostka przebiega niewyraźnie lub skrycie, skąd wtedy wpaść na myśl, że właściwą przyczyną sprawy jest chory wyrostek? F. i S. zwracają uwagę na opór w dole biodrowym prawym, na bolesność w punkcie Mac Burneya i w okolicy kiszki ślepej, na nudności, a nawet wymioty, występujące po obmacywaniu kiszki ślepej, dalej zwracają uwagę, że bole, wychodzące z wyrostka, łagodzi łatwiej makowiec, zaś kolkę jelitową łatwiej beladonna. — Przyczyny tych zaburzeń dopatrują się autorowie za innymi lekarzami jużto w zrostach około wyrostka, utrudniających mechanicznie krążenie kału, jużto w zakażeniu, wychodzącem z chorego wyrostka, jużto tłómaczą sprawę odruchami. Dla leczenia polecają dyetę przeważnie roślinną, peryodycznie środki wypróżniające i przepłukiwanie jelit, dalej leczenie wodą, bromki, kodeinę, beladonnę, kozłek. Chociaż wycięcie wyrostka przeważnie usuwa dolegliwości, jednakże nie zawsze tak bywa. Często jeszcze po operacyi trzeba leczyć żołądek, który skutkiem choroby wyrostka stał się wrażliwszym. *Stahr.*

Kayser. **W sprawie techniki hodowania prątków durowych zapomocą probówek żółciowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 22). Autor jest obecnie na zasadzie osobistego doświadczenia tego zdania, że trzymanie zakażonych prątkami durowymi probówek żółciowych w cieplarce w ciągu 20 godzin wystarcza zwykle, ale nie zawsze; nieraz dopiero po 1 lub 2 dobach otrzymać można wynik dodatni. *Dr M. Godlewski.*

Hirschfeld. **Zastosowanie zasady odchylenia komplementu** (Komplementablenkung) **do rozpoznania duru.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Z. 3 i 4, 1907). Znane badania nad przyrodą spraw hemolitycznych, które utrwaliły teoryę odporności Ehrlicha, stały się źródłem licznych dalszych odkryć. I tak niedawno zwrócono uwagę na t. zw. odchylenie ciała uzupełniającego, polegające na tem, iż w razie działania dwu różnych spraw hemolitycznych wobec jednego ciała uzupełniającego, czynnym staje się właśnie ten komplement, gdyż łączy się z amboceptorem drugiego systemu hemolitycznego. Zjawisko to postarano się zużytkować praktycznie w celu rozpoznawania chorób zakaźnych, a autor pierwszy próbował metody tej w rozpoznaniu duru brzusznego. Jako surowicy hemolitycznej użył surowicy królika, potrzebny zaś wyciąg z ciał prątków durowych sporządził z 24-godz. hodowli agarowej. Wynik dodatni odchylenia komplementu, t. j. brak hemolizy za dodaniem wyciągu prątków durowych i surowicy durowej do pierwotnego systemu hemolitycznego surowicy króliczej dowodzi obecności niweczników durowych we krwi danego osobnika; natomiast u zdrowego osobnika próba ta wypada ujemnie, t. j. otrzymuje się zupełną hemolizę. Badania przeprowadził autor na 15 chorych na dur i otrzymał wyniki następujące: najwcześniej pojawił się dodatni wynik próby w trzech przypadkach, bo już w 6—10 dniu choroby, kiedy jeszcze odczynu Widala nie było; odczyn ten pojawił się dopiero po dłuższem trwaniu choroby; w innych zaś później, bo w 13—49 dniu, z czego wynika, iż w durze już bardzo wcześnie pojawiają się niweczniki i długo we krwi się utrzymują. Może więc wśród pewnych warunków metoda ta upewnić rozpoznanie wcześniej, niż próba Widala, czy jednak zawsze tak jest, to wyświetlą dopiero dalsze badania. Stopień odczynu bywa różny, a to zależy znów zapewne od różnej koncentracyi niweczników we krwi poszczególnych chorych; czy znów z tego przypuszczenia można wysnuwać jakie wnioski co do rokowania, to także dopiero dalsze badania wyjaśnić muszą. W każdym razie z doświadczeń autora wynika, iż metoda odchylenia komplementu jest swoistą, w innych chorobach nigdy nie daje dodatnich wyników, wreszcie może upewnić rozpoznanie duru wcześniej, niż próba Widala. *Nowaczyński.*

N. Jagić. **Marskość wątroby na tle gruźliczem.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr 28, 1907). Spostrzeżenia kliniczne w związku ze zmianami, spotykanemi na stole sekcyjnym, wskazują, że przewlekła gruźlica u człowieka może wywoływać marskość wątroby, podobnie jak ją wywołuje nadużywanie wyskoku. Obraz anatomiczny w obu przypadkach bywa ten sam, przebieg kliniczny różny: przy marskości na tle gruźliczem niema żółtaczki i kolki wątrobnej, których to objawów nigdy nie brak przy marskości wątroby, powstałej wskutek nadużywania wyskoku. *Kostrzewski.*

G. Grund. **Torbiel trzustki i cukromocz trzustkowy.** (*Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1907, XVII, 3—4). Autor opisuje przypadek, dotyczący kobiety 25-letniej, cierpiącej na torbiel trzustki i cukrzycę; powikłanie to stosunkowo rzadkie, skoro na 119 przypadków torbieli tego gruczołu, zebranych przez Körtego, stwierdzono tylko w 8 cukromocz. W przypadku G. zasługuje na uwagę, że cukrzyca, z początku stosunkowo lekka, przeszła w postać ciężką, kiedy chorej torbiel wyłuszczono. Na podstawie bardzo ścisłych rozbiorów pokarmów, spożytych przez chorą i jej wydzielin, doszedł G. do wniosku, że siła trawienna trzustki u chorej tej nie uległa żadnym zaburzeniom. Już Minkowski doświadczalnie udowodnił, że niema żadnego związku między czynnością wydzielniczą trzustki, a czynnością zużywania cukru. Dotąd jednak nie było na poparcie tego twierdzenia żadnego spostrzeżenia klinicznego. Przypadek G. wypełnia tę lukę. *Stahr.*

C. Lian. **Skaleczenie tętnicy nabrzusznej wśród nakłucia brzucha.** (*Presse méd.* 1907, Nr 42). L. opisuje przypadek śmiertelnego powolnego krwotoku po skaleczeniu tętnicy

nabrzusznej w czasie nakłucia brzucha. Nakłucia dokonał L. w środku linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym górnym. Radzi więc obecnie nakłuwać w tej samej linii, a w miejscu, gdzie się schodzi dolna trzecia część tej linii z trzecią środkową. W razie skaleczenia radzi okłuć krwawiącą tętnicę powyżej i poniżej nakłucia, albo spróbować, jak to zrobił Trzebicky, ucisku na tętnicę biodrową zewnętrzną. Trzebicky uciskał przez 3 godziny, a kiedy się tem zmęczył, założył opatrunek uciskający; chory wyzdrowiał (por. Arch. f. klin. Chir. 1891, T. 41, str. 850). *Stahr.*

Pedyatrya.

Wernstedt. **W sprawie skurczu odźwiernika u niemowląt ze szczególnem uwzględnieniem pytania, czy to jest stan wrodzony.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, VI). Autor krytykuje dowody, które przytaczano na poparcie twierdzenia, że chodzi tu o przerost wrodzony. Także przypuszczenie Thomsona, że chodzi o skurcz wrodzony z następowym przerostem, nie wytrzymuje krytyki; w przeważnej bowiem liczbie przypadków objawy skurczu (wymioty, zaparcie stolca, podupadanie odżywienia) zjawiają się dopiero w kilka tygodni, niekiedy dopiero w parę miesięcy po urodzeniu. Jednak nie można także udowodnić, że choroba nie jest wrodzoną, a okoliczność, że rozpoczyna się ona wyłącznie tylko we wczesnem niemowlęctwie, przemawiałaby wprost za pewnym podkładem wrodzonym, na tle którego powstaje po urodzeniu skutkiem objęcia nowych czynności przez żołądek skurcz odźwiernika, a następnie przerost. Zboczenie jest czynnościowem, przyczyny zatem należy upatrywać w zaburzeniu czynności nerwowego mechanizmu, regulującego ruchy żołądka. *Lewkowicz.*

Hob. **Kliniczne uwagi nad 12 przypadkami zapalenia osierdzia, doprowadzającego do zarośnięcia, jako zjawiska częściowego ciężkich chorób sercowych w wieku dziecięcym.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, VI). Obraz ten nie jest zbyt rzadki: równocześnie spostrzegano 10 przypadków ostrego gośćca stawowego, 63 przyp. pląsawicy, 3 przyp. plamicy z gośćcowymi objawami. Zajęcie osierdzia stanowi prawie zawsze ostatni okres choroby serca. Przebiega ono bardzo często bez wybitniejszych objawów i tylko w przypadkach dobrze i długo śledzonych można stwierdzić pojawienie się tarcia, które utrzymuje się parę dni. Nie jest jednak wyłączone, że jest to tylko ostatni atak (»Schub«), po którym następuje całkowite zarośnięcie osierdzia. Podobne zarośnięcia wywołuje także gruźlica. Rozpoznanie tego zboczenia jest o tyle trudne, że nie sprawia ono żadnych znamiennych objawów miejscowych, cechuje się raczej pewnym szczególnym typem zastoin: odosobniona puchlina brzuszna, powiększenie wątroby, ciastowaty obrzęk twarzy, sinica warg i płatków usznych, tętno słabe i częste. Przy gruźlicy wynik badania serca prawie prawidłowy, przy zboczeniu na tle gośćca objawy wad zastawkowych, które jeszcze więcej utrudniają rozpoznanie zrostów osierdziowych. Objawy, które stwierdzał autor przy badaniu fizycznem serca (znaczne powiększenie stłumienia, nieruchomość granic przy zmianach położenia, wypuklenie okolicy serca, silne rozlane wstrząśnienia klatki piersiowej, skurczowe zaciągania międzyżebrzy) zależą od przerostu serca. Ten typ zastoju nie jest ściśle dla zrostów osierdzia cechujący, zdarza się bowiem przy wadach sercowych bez zrostów osierdzia, podobnie jak z drugiej strony możliwe jest zarośnięcie (znajdowano je przypadkowo przy sekcyach) bez objawów zastoinowych. Jeżeli się zatem niema sposobności stwierdzenia świeżego zapalenia, rozpoznania pewnego wypowiadać nie można. *Lewkowicz.*

L. F. Meyer. **W sprawie przemiany materyi przy zatruciu pokarmowem.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, V). Jako cechujące dla t. zw. zatrucia przy ostrych nieżytach jelit u osesków przytacza autor: toksyczny rozpad białka, objawiający się znacznem zwiększeniem wydzielanego azotu, zwiększenie się współczynnika amoniakalnego w moczu, zaburzenie w wytwarzaniu mocznika przy wprowadzaniu wewnętrznem glikokolu i cukromocz pokarmowy. *Lewkowicz.*

Stirnemann. **Ostra białaczka i adenotomia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, V). Przypadek autora i dwa inne znane z piśmiennictwa dowodzą, że powiększenie migdałka trzeciego może zależeć od białaczki, nietypowo przebiegającej. Operacya w takich razach jest przeciwwskazana, podobnie jak przeciwwskazane jest wycięcie białaczkowej śledziony. Wycięcie migdałka wywołać bowiem może śmiertelny krwotok, albo też być pobudką do rozwoju ostrych objawów białaczki, wiodących szybko — w przypadku autora w 9 dni — do śmierci. *Lewkowicz.*

Wieland. **Przyczynek do patologii dystroficznej postaci wrodzonego częściowego wzrostu olbrzymiego.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, V). W przypadku W. dotyczyły zmiany dwóch wewnętrznych palców i przyległej części stopy. Granica wzrostu olbrzymiego była ostra i zaznaczała się rowkiem, który podczas obserwacyi się pogłębił. Wzrost stał się w końcu tak znacznym, że wykonano odjęcie zmienionych części w wieku 12½ miesięcy. Części odjęte zbadano bardzo dokładnie histologicznie. Okazało się, że nie chodzi o prosty przerost, jak to dotychczas ogólnie przyjmowano lecz o jakościowe zaburzenie swoistej przyrody, przebiegające ze zmianami częściowo przerostowemi (hyperplastycznemi), częściowo dystroficznemi, względnie wstecznemi. Jako takie zmiany wymienia autor nadmierną łamliwość kości i miękkość ich, stwierdzaną przy krajaniu, małą zawartość wapna w beleczkach, rozrzedzenie kości z wytworzeniem się obszernych przestrzeni szpikowych, tłuszczową przemianę szpiku kostnego. Co do części miękkich, to największe zmiany stwierdzono w podskórnej tkance tłuszczowej w postaci rozrostu wprost tłuszczakowego. Przeciwnie w skórze był zanik. *Lewkowicz.*

Heimann i Potpeschnigg. **O kostnieniu ręki dziecięcej według zdjęć Röntgenowskich.** (*Jahrb. f. Kinderh.* 1907, IV). H. i P. badali przeważnie dzieci zdrowe, zgłaszające się do szczepienia w wieku od 0—13 lat. Wyniki ze 100 przypadków zestawiane są graficznie i w tablicach. Okazuje się z nich, że przyjmowana przez dawniejszych autorów, przedewszystkiem Rankego, który pierwszy zajmował się tą sprawą, prawidłowość w pojawianiu się jąder kostnych nie istnieje, a przynajmniej nie istnieje w tym stopniu, żeby można ilość jąder zużytkować do ocenienia wieku dziecka, np. w celach sądowo-lekarskich. Większa prawidłowość istnieje w porządku pojawiania się poszczególnych jąder. Jądra kości główiastej (*os capitatum*), a następnie k. haczykowatej (*os hamatum*) pojawiają się pierwsze, potem jądro k. trójkątnej (*os triquetrum*), półksiężycowatej (*os lunatum*), dalej większej kości wielokątnej (*os multangulam maius*), które może jednak dwa poprzednie wyprzedzić. *Lewkowicz.*

Wzorowy szpital na prowincyi.

(Wedle wykładu wygłoszonego na X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

Podał

Dr Józef Kadyi z Jasła.

Stan szpitali w kraju naszym pozostawia bardzo wiele do życzenia. Sprawił to poczęści ząb czasu, a poczęści znamienity postęp nauk lekarskich, stawiający dużo większe wymogi lekarzom i leczeniu. Co roku też kraj łoży znaczniejsze sumy na konieczne inwestycye szpitalne; ale braków jest tak wiele, iż niemożebną jest rzeczą odrazu wszystkiemu zaradzić. Domaga się naprawy prowincya, domagają się jeszcze natarczywiej miasta stołeczne. Szpitale stołeczne i wogóle szpitale miast wielkich różnią się pod wielu względami od szpitali małomiasteczkowych, które w Galicyi noszą miano powszechnych. Duże szpitale rozporządzają siłą maszyn, obfitością gotowej wody, gazem, prądem elektrycznym, mają osobnego mechanika i wiele sił różnorodnych. Lekarz sprawą administracyjną i techniczną urządzeń zajmuje się jak najmniej; przychodzi, że tak powiem, do gotowego, a nawet w medycynie tylko specyalny swój dział uprawia. Tymczasem na prowincyi i szpital i lekarz to istne omnibusy. Tu niema i być nie może ściśle odgraniczonych oddziałów; lekarz objąć musi w swoją opiekę chorych wszelkiego rodzaju, a prócz tego troszczyć się musi o wodę i powietrze, pożywienie i budżet, pralnię i odkażanie i wiele, wiele spraw innych. Już z tego krótkiego zestawienia wynika, że budowa, rozkład i urządzenia szpitala na prowincyi różnić się muszą pod wieloma względami od szpitali wielkich, t. j. takich, gdzie istnieje podział pracy.

Od lat wielu pracuję w takim właśnie niedużym szpitalu jako sekundaryusz (w Jaśle). Jest to jeden z najgorszych w Galicyi szpitali, ale że niema nic złego, coby na dobre nie wyszło, więc strony ujemne sprawiły, że zamierzona jest budowa nowego szpitala. Pragnę gorąco, aby ten przyszły nowy szpital wypadł zadowalniająco i wzorowo pod każdym względem i w tym celu poświęciłem niemało trudu, czasu i pracy na stu-

dyum szpitali, tak teoretyczne, jak i praktyczne. Zwiedziłem w ostatnich czasach znaczniejszą liczbę rozmaitych szpitali, zwłaszcza u zamożnych Niemców, a wynik mych studyów pragnę tu przedłożyć.

Ułożenie pewnych zasad, skrystalizowanie żądań lekarskich, jakim szpital na prowincyi odpowiedzieć powinien, jest tem potrzebniejsze, że nawet najnowsze w kraju naszym budowy nie bez błędów i usterek powstały, zapewne z powodu przeważającego wpływu budowniczego, któremu wypadnie nieraz budować szpital tam, gdzie jeszcze lekarza szpitalnego niema. A tylko współdziałanie budowniczego z lekarzem wydać może wyniki pożądane.

Ze stanowiska higieny myślą przewodnią przy budowie szpitala musi być: światło, powietrze i czystość.

Już przy wyborze miejsca pod budowę należy w pierwszym rzędzie te postulaty mieć na oku. Szpital powinien stanąć zdala od zgiełku miejskiego, na wolnej, a bardzo obszernej przestrzeni. Podawano tu różne cyfry i formuły, ile liczyć potrzeba powierzchni gruntu na jednego chorego i jakie jest minimalne oddalenie okolicznych zabudowań od szpitala. Cyfr tych dla prowincyi stosowaćbym nie chciał; powinno się dużo poza »minimum« wykroczyć. W małych miastach nabycie kilkumorgowej przestrzeni nie przychodzi ani tak trudno, ani tak drogo, jak w miastach dużych. Dlatego na prowincyi obfitość wolnej przestrzeni, zielonych ogrodów i świeżego zewsząd powietrza wynagradzać powinna brak innych urządzeń, o których później wspomnę. Zapewnić się też odrazu potrzeba co do obfitości i jakości wody, boć woda jest prawdziwym *nervus rerum* dla szpitala. Już tutaj wspomnę, że wiele szpitali cierpi dlatego na brak wody, bo ją trzeba ręcznie ciągnąć; a wody tak ciężką pracą uzyskanej musi się oszczędzać. Brak zaś wody w szpitalu, to prawdziwe nieszczęście. Sądzę, że sprawę rozwiąże najlepiej wiatrak powietrzny, dostosowany do wodociągu. Jednorazowy koszt instalacyi opłaci się sowicie w ciągłem oszczędzaniu sił roboczych.

Przy wyborze gruntu zwrócić też odrazu uwagę należy na ewentualne odwodnienie i zdrenowanie, na sposób możliwej kanalizacyi, na łatwy dojazd i t. p. miejscowe stosunki. Nie jestem za tem, iżby dla oddzielenia szpitala od miasta odsuwać go gdzieś aż o parę kilometrów za miasto. Lekarz w szpitalu nie mieszka i nie mógłby doraźnie jawić się na każde zapotrzebowanie, jeżeli droga do szpitala, to podróż prawdziwa. Prócz opieki lekarskiej wiele innych spraw natury administracyjno-domowej musiałoby cierpieć na takiem znacznem oddaleniu.

Gdy się nabyło grunt dostatecznie obszerny, to zwrócenie dowolne budynku wedle stron świata nie sprawia zazwyczaj trudności. Dużo zdań się skrzyżowało na pytanie, jak należy skierować oś budynku, czyli ku jakiemu słońcu ma być wystawa sal chorych. Pewnem jest, że żadna sala chorych nie powinna być czysto ku północy zwrócona. Mojem zdaniem najlepiej obierać kierunek nieco pośredni, t. j. aby główna wystawa sal była ku południowemu wschodowi, bo wtedy panuje najmilsza różnorodność światła, a przytem nawet przeciwległym oknom nigdy nie przypadnie światło całkiem północne. Sprawa silniejszego lub słabszego nagrzewania się ścian w różnych kierunkach, jako mało ważna, może być pominięta. Ważniejsze być mogą miejscowe właściwości i kierunek wiatrów, które na pewną zmianę frontu wpłynąćby mogły.

Każdy szpital powszechny zasadniczo musi się składać z dwóch oddziałów: męskiego i kobiecego. Dwa te oddziały najlepiej rozłożyć symetrycznie po obu stronach środkowego trzonu, o którym później będzie mowa.

Wyraźnie tu zaznaczam, że w szpitalu małym można i powinno się koniecznie uniknąć budowy piątrowej, bo schody, to rzecz wcale nie obojętna. Klatka schodowa, gdy nie jest dość przezornie odosobniona, staje się jakby kominem, którym wyziewy chorych jednego oddziału dostają się i zapowietrzają oddział drugi. Musi ona być szeroko, wygodnie, a więc dość kosztownie budowana, aby kaleki i operowanych można wnosić, a i tak czuć się daje potrzeba windy, a więc znowu dosyć drogiego i skomplikowanego mechanizmu. Schody, to znaczne utrudzenie dla służby, zwykle zbyt szczupłej, utrudzenie dla Sióstr, dla chorych i lekarzy. Daleko łatwiej ozdrowieniec lub kulawy dostanie się do ogrodu, gdy schodów na drodze nie spotka. A parterowy budynek ma także jeszcze ważne bardzo zalety ze względu na odnowę powietrza zużytego. Każdy to przyzna, że im większe nagromadzenie chorych na danej przestrzeni, tem powietrze musi być gorsze. Gdy okna pootwierane, to zaduch parteru napływa przez okna do sal górnych. Niechajże więc w każde okno wpływa prawdziwie czyste, dziewicze ogrodowe powietrze. W szpitalu małym nie można urządzać kosztownych, a skomplikowanych sposobów wentylacyi czynnej. Tu musi wystarczyć wentylacya naturalna i prosta; a taka, prócz okien, właśnie najskuteczniej da się urządzić na dachu zapomocą szeregu dachowych okienek: to co Niemcy nazywają »Dachreiter«. Do tego jednak potrzeba, aby sufit graniczył z dachem, a nie z salą wyższego piętra.

Dalszym bardzo żywotnym warunkiem szpitala jest jak najstaranniejsze i szczodre rozprowadzenie wody po całym gmachu. Każda sala i kurytarz powinny być zaopatrzone w kurek wodociągowy i w muszlę odpływową z syfonowem zamknięciem. Wychodki urządzić należy koniecznie ze spłukiwaniem i wodnem zamknięciem. Pissoiry nawet bez przerwy powinna woda spłukiwać. Przedpokój wychodkowy, w zimie ogrzewany, powinien mieścić zlew i płuczkarnię do mycia spluwaczek, basenów, kubłów itp. naczyń. Koniecznem jednak jest, aby każdy nietylko wychodek, ale i najpośledniejsza komórka lub schowek, miał swoje własne, a nie drugorzędne światło, bo brud i nieczystość tylko pod kontrolą światła ustąpić musi. — Łazienka wystarczy jedna osobna na każdym oddziele. Musi ona mieć dwie wanny, z tych jedną ruchomą, dalej kąpiel nasiadową, nożną, natrysk i leżak. Jeżeli niema umywalni w salach chorych, to wcale stosownie da się umywanie chorych urządzić w przedpokoju łazienkowym. Trzeba tylko zawczasu to w planie przewidzieć, aby było miejsce i światło. — Do niezbędnych ubikacyi w pawilonie chorych zalicza się jeszcze podręczna kuchenka ze stosownem urządzeniem. Tu odbywa się rozdział potraw na porcye, tu odgrzewa się o każdej porze jedzenie, przyrządza herbatę, ziółka, ciepłe okłady, myje się i chowa naczynie i t. p. Naturalnie i tu musi być kurek wodociągowy.

A teraz zastanówmy się, jak zbudować i podzielić właściwe sale chorych.

Jako typ zwykły szpitala prowincyonalnego przyjmuję 80 łóżek. Naturalnie niektóre szpitale będą większe, inne znów jeszcze mniejsze. Bardzo atoli strzedz się należy, aby od początku nie był szpital za mały. Widziałem szpitale, gdzie z powodu przepełnienia umieszczano chorych w różnych ubikacyach, ba nawet do pawilonu zakaźnego przeprowadzano chorych niezakaźnych. Są to dotkliwe nieprawidłowości. Lepiej mieć miejsca za dużo, niż za mało, a to tem bardziej, że podczas niskiego stanu chorych przedsiębierze się zwykle roboty około odnowienia i oczyszczenia sal, a do tego potrzeba właśnie opróżnienia tych sal. Wahania stanu chorych bywają znaczne i nawet obszerny szpital miewa co roku porę swego przepełnienia. Jeżeli więc za punkt wyjścia przyjmujemy 80 łóżek, to z liczby tej wydzielić przedewszystkiem potrzeba 6, które przypadną na osobny, a konieczny pawilonik zakaźny. Reszta 74 łóżek rozdzieli się po połowie na oddział męski i kobiecy, które są sobie całkiem równe, więc wystarczy opisać jeden oddział na 37 łóżek.

Otóż, jak już wspomniałem, od środkowego trzonu budynku biegnie kurytarz oddziałowy, co najmniej 2 m. szeroki, w zimie ogrzewany, oświecony od jednej strony szeregiem dużych okien; zaś z drugiej strony daje on wstęp do mniejszych sal chorych, któremi są: salka o 4 łóżkach dla chorób skórnych i cuchnących, salka o 3 łóżkach dla wenerycznych, salka o 2 łóżkach, t. zw. separatka, na różne potrzeby i jeszcze jedna salka o 2 łóżkach dla chirurgii aseptycznej. Na oddziale kobiecym ta aseptyczna salka może służyć zarazem położnictwu. Na końcu zaś kurytarza po jego obu stronach będą jeszcze dwie sale: jedna o 6 łóżkach dla gruźliczych i wreszcie sala duża, czyli główna na 20 łóżek, w której mieścić się będzie wszelka reszta chorych. Taki podział chorych uważam za najodpowiedniejszy. Tworzenie więcej oddziałów i sal utrudniałoby opiekę i obsługę chorych. Jak wiadomo, oświetlenie sali chorych z jednej tylko strony jest najmniej korzystne. Dlatego więc kilka tylko małych takich salek będzie, bo być musi; a cała przeważna większość chorych znajdzie umieszczenie w dwóch salach, które dlatego muszą być na końcu korytarza, aby mieć z dwóch stron okna. A mianowicie sala dla gruźliczych posiadać będzie okna z dwóch stron przyległych, sala zaś główna zyska światło i przewiew powietrza najidealniejszy, bo od dwóch stron, sobie przeciwległych.

Opiszę, jak ma być zbudowana ta sala główna, bo wszystko, co tu nadmienię, *mutatis mutandis* odnosić się też będzie i do reszty sal. A więc najpierw co do rozmiarów. Higiena wymaga na jedno łóżko 9 m.² powierzchni podłogi, a 45 m.³ przestrzeni; i przy tych liczbach należy stać twardo i nie schodzić poniżej nich. Wiem, że w krajowych szpitalach, a nawet w klinikach, nie dosięgnięto tej miary i że za dobre się uważa, gdy na jedno łóżko wypadnie mniej więcej 30 m.³ przestrzeni. W szpitalu naszym, gdzie, jak powiedziałem, brak będzie wszelkiej czynnej i sztucznej wentylacyi, tembardziej żądać należy, aby już od

początku była obfitość powietrza na sali. Żądać tego można tem śmielej, że sposób budowy dla braku piwnic i sklepień będzie dosyć tani, a więc przyczynienie kilku metrów zabudowanej powierzchni nie podwyższy przesadnie kosztorysu. Są szpitale za granicą, gdzie nie 45, ale przeszło 70 m.³ wypada na 1 łóżko. Liczba 45 m.³ nie jest więc wcale wymaganiem przesadnem. Wynika z tego, że sala na 20 łóżek będzie 21 m. długa [1]), 9 m. szeroka i 5 m. wysoka. Wówczas przy przeciwległych ścianach i o pół metra od nich odsunięte staną dwa rzędy łóżek; każde o 1 m. od sąsiada odległe, a środkiem wolne przejście, 4 m. szerokie. Podłoga powinna koniecznie być z terazza lub podobnego materyału kamiennego, osadzonego na nieprzepuszczalnem podłożu, a to tembardziej, że sklepień piwnicznych pod spodem nie będzie. Że taka podłoga jest cokolwiek zimna, to niema znaczenia. Póki chory w łóżku leży, kamienna posadzka nie szkodzi, na dłuższy zaś pobyt poza łóżkiem będzie umyślna sala. Zresztą wiem, jak trudno wielu chorych do pantofli przyuczyć, wszak idą boso na zimny i kamienny kurytarz. A za to łatwe utrzymanie czystości, brak szpar i wieczny porządek, oto zalety rozstrzygające. Ściany mają być gładko wyszpachlowane i na wysokość 1½ do 2 m. od dołu pokostową farbą polakierowane na kolor jasny. Niedawno wyczytałem, że do tego celu wprowadzono w użycie umyślne pokosty (pod nazwą witralina, witralpot i pefton), które dają gładką powierzchnię, nie pękają i dają się dobrze zmyć mydłem. Krawędzie przecięcia się ścian ze sobą, z sufitem i z podłogą mają być na okrągło wyrobione, aby się nigdzie śmieci i brudy nie ostały. Dla łatwiejszego oczyszczania muszą także ramy okien i drzwi i odrzwia być gładko i okrągło wyrobione, unikać wreszcie trzeba progów. Okna ustawione być mają wprost naprzeciw siebie i powinny wydawać na jedno łóżko 2 m.² powierzchni światła. W salach, jednostronnie tylko oświetlonych, liczyć trzeba przynajmniej 1½ m.² światła na jedno łóżko. Drzwi dostatecznie szerokie, aby łóżko wtoczyć można, a więc przynajmniej na 120 ctm. szerokości. Piece kaflowe gładkie ze szczytem dla czystości skośnie ściętym.

Ze sali głównej chorych powinno się jeszcze wchodzić do sali, przeznaczonej na dzienny pobyt dla tych chorych, których choroba do łóżka nie przykuła. Niemcy nazywają taką salę »Tageraum«, — ja myślę ją nazwać świetlicą. Świetlica spełnia bardzo dobroczynną rolę i dla tych chorych, co w niej przebywają i dla ciężko chorych na sali. Ozdrowieniec szybciej przyjdzie do sił i zdrowia, gdy się dźwignie na duchu, gdy odwyknie od łóżka, gdy nie będzie ciągle patrzył na te łoża boleści i męki konania nieszczęśliwszych swych towarzyszy. Tu ma sposobność do swobodnej zabawy i pogadanki, tu nabiera apetytu przy wspólnym stole. Ale ta swoboda w świetlicy jednych chorych staje się zbawienną zarazem i dla ciężko chorych, pozostałych na sali, bo niema tam wówczas wrzawy i niepokoju, a co więcej przypada teraz daleko więcej powietrza na benefis pozostałych. Świetlica taka wystarczy, gdy ma ⅓ powierzchni sali głównej. Podłoga w świetlicy powinna być dębowa lub wyłożona linoleum, bo siedzącym zimna kamienna posadzka wnet przykro uczuć się daje. Widziałem w niejednym szpitalu, że z konieczności użyto świetlicy na łóżka dla chorych z wielką naturalnie szkodą dla chorych. Dlatego raz jeszcze zwracam uwagę na to, jak to haniebnie mści się później plan, zasadniczo za szczupły. Dobrze jest, jeżeli z świetlicy jest jeszcze wyjście na otwartą werandę.

W ten sposób zbudowane dwa jednakowe oddziały, t. j. męski i kobiecy, stanowić mają jakby dwa skrzydła środkowego budynku. Środkowy zaś ten trzon będzie gmachem piątrowym, bo nie jest przeznaczony na sale chorych, więc ustają powody, dla których wymaga się parterowych tylko pawilonów. Tu znajdą pomieszczenie następujące ubikacye: przedewszystkiem pokój przyjęć chorych i kancelarya administracyjna. Ponieważ tędy popłynie cała fala chorób i nędzy ludzkiej, więc pokoje te muszą być urządzone wedle znanych już zasad do łatwego i częstego zmywania. Potrzebny jest w pobliżu wychodek wraz z pissoirem. Dalej kancelarya lekarska, a obok pracownia naukowa i pokoik trzeci na skład opatrunków, bandaży, przyrządów i zapasów aptecznych. Na parterze ma być umieszczona sala operacyjna z uboczną przygotowawczą i sterylizacyjną. Najstosowniejsze światło dla tej sali jest północne, bo nigdy nie olśni i nie razi. Dla dokładnego i wszechstronnego oświetlenia pola operacyjnego dobrze jest wysunąć salę operacyjną nakształt werandy poprzed główną fasadę budynku i część wysuniętą oszklić nietylko od frontu, ale od góry i boków. Koszt takiego urządzenia będzie znaczniejszy, bo duże tafle szkła i żelazne żebra wymagają pewnego nakładu. Materyał drzewny jest stanowczo wyłączony z budowy sali operacyjnej; zastosowanie ma tu tylko materyał twardy i gładki, a więc szkło, żelazo, terazzo, beton i t. p. Z wielką też skrupulatnością przeprowadzić należy zasadę, aby każdy istniejący tu przedmiot, a w szczególności drzwi i okna nie miały profilów łamanych. Krawędzie ścian i podłogi będą naturalnie wyokrąglone. Podłoga z lekkim spadem, aby wody spływały ku otworowi o syfonowem wodnem zamknięciu. Jeżeli oświetlenie jest elektryczne, to lampa łukowa nie jest odpowiednia, bo daje zbyt silne cienie i kontrasty, najlepiej kilka silnych lamp żarowych stałych i ręcznych. Dla szpitala małego i skromnego, o jakim mowa, nie śmiem żądać drugiej sali operacyjnej, aby rozdzielić operacye septyczne od aseptycznych. Sądzę, że przy sumienności można i w jednej sali wszystko operować ze znakomitym wynikiem, zwłaszcza, gdy niema zbytniego nawału pracy operacyjnej.

Osobnym pawilonikiem musi być oddział zakaźny. Nie widzę potrzeby, aby w nim więcej, niż sześć łóżek przygotować. Najlepiej urządzić trzy salki, każda po dwa łóżka, każda z osobnem wejściem od kurytarza. Oddzielenie płci dokona się tu jedynie przez oddzielne pokoje, a to dlatego, aby w miarę przypadkowej potrzeby ten sam pokój mógł raz służyć mężczyznom, drugi raz kobietom. Inaczej na tak szczupłym oddziałku mogłoby się zdarzyć, że n. p. oddział męski jest przepełniony, a tymczasem kobiecy stoi pustką i bezużytecznie, lub odwrotnie. Naturalnie prócz pokoi dla chorych musi tu być również choć mała łazienka, wychodek ogrzewany i kuchenka. Kurki wodociągowe obficie rozmieszczone; umywalnia dla lekarza i posługi. O drewnianej podłodze w pawilonie zakaźnym nawet myśleć się nie powinno; ściany najlepiej całe od góry do dołu wylakierować. Przestrzeń na jednego chorego powinna być jeszcze szczodrzej wymierzona, a mianowicie 60 m.³, a 12 m.² na jedno łóżko. W tym to pawilonie najstosowniej umieścić dezynfektor w ten sposób, iżby odbieralnia odkażonych już rzeczy miała oddzielny przystęp z dworu.

Osobno i w oddali od chorych powinien stać dom przedpogrzebowy tak, aby był łatwy przystęp od ulicy, którędy orszak pogrzebowy podąża, a naodwrót, aby jaknajmniej był widzialny przez chorych, bo to dla nich widok złowrogi i przygnębiający i może częstokroć niekorzystnie wpływać na przebieg choroby. Prócz sali do wystawiania zwłok ma się tu znajdować salka do sekcyi z wodociągiem, odpływem i t. d.

Sprawy gospodarcze wymagają także osobnego budynku. Kuchnia, odpowiednio urządzona, musi posiadać obok płuczkę i obieralnię jarzyn, spiżarnię, a wreszcie pokoik jadalny dla służby. Osobne wejście prowadzi do pralni. Tu znajdą umieszczenie kadzie, kotły, wyżymaczki i t. p., a w dalszych izbach magiel, prasowanie i wreszcie skład bielizny. Tu znaleźć może miejsce osobny skład odzieży chorych. Piwnice pod tym budynkiem potrzebne są na skład węgli, ziemniaków i t. p.

O kanalizacyi szczegółów nie można w krótkości omówić, bo zależy ona od miejscowych warunków. Naturalnie system spławny jest najpożądańszy. Śmietnik betonowy szczelnie zamknięty musi być w odpowiedniem miejscu.

Telefon łączy szpital z mieszkaniami lekarzy. Cały szpital powinien tonąć w zieleni dobrze założonego ogrodu, unikać tylko trzeba zacienienia budynków przez drzewa. W ogrodzie da się urządzić werandowanie chorych gruźliczych zapomocą ustawionej w tani sposób konstrukcyi drewnianej.

[1]) Ten dwudziesty pierwszy metr jest dlatego potrzebny, aby żadne z krańcowych łóżek nie przylegało do ściany.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące:

Ostrzeżenie.

Lekarze przemyscy podjęli starania celem poprawy warunków pracy w powiatowej Kasie chorych w Przemyślu. — Wzywa się wszystkich Kolegów, aby nie obejmowali, względnie nie ubiegali się o posadę lekarza tejże Kasy, rozpisanej konkursem z dnia 15. VII. i 29. VII. 1907, przed poprzedniem porozumieniem się z Izbą lekarską wschodnio-galicyjską.

Prezydent *Dr Festenburg.*

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich ogłasza, co następuje: 1) Prezydyum austr. Izby Panów, uznając reformę spraw sanitarnych za nadającą się do przedłożenia w tej Izbie, wezwało rząd do przedstawienia tej reformy. 2) Prezydyum austr. parlamentu (Izby posłów) przyrzekło 23. VII. b. r. uwzględnić wniosek dra Kindermanna o utworzenie komisyi sanitarnej z 26 członków. 3) Za staraniem prezydyum P. Zw. O. L. A. powstać ma w parlamencie austr. Związek lekarski. 4) Prezesów organizacyi lek. w Austryi uprasza się, by o postępie przekształcania się tych organizacyi w organizacye na zasadzie ekonomicznej donosili niezwłocznie prezesowi P. Zw. O. L. A. 5) Wszystkich lekarzy w Austryi ostrzega się, by przed podawaniem się o jakąkolwiek posadę w Dalmacyi zasięgali wiadomości u dra Pajo Matica w Ragusa-Vecchia. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Prawnicy i lekarze. Jeden z dzienników niemieckich (Breslauer Zeitung) pomieścił w sprawie tej następujące uwagi: Niektóre procesy z ostatnich czasów rzucają ciekawe światło na to, jak przez prawników przyjmowane i oceniane bywają orzeczenia lekarzy sądowych. W Berlinie żołnierz, który wyrywał się aresztującemu go patrolowi i przytem został ciężko postrzelony tak, że jest kaleką, odpowiadał przed trybunałem wojskowym. Mimo, że znawca, sztabowy lekarz wojskowy oświadcza, iż oskarżony cierpi na ciężką padaczkę i że działał widocznie w stanie umysłowego przyćmienia, sąd żołnierza skazuje. Odwołanie się do wyższej instancyi nie odnosi skutku, mimo, że owo orzeczenie lekarskie najzupełniej potwierdzają dwaj lekarze wojskowi wysokiej rangi i dwaj profesorowie. Sąd przyjął bowiem, że podsądny chciał uciekać przed grożącą mu karą, tem samem posiadał pewną wolę. Drugi przypadek zdarzył się na Śląsku. Pewnego młynarza skazano za oszustwo na 3 lata ciężkiego więzienia. Małą część kary odbył, kiedy uznano go umysłowo chorym, oddano go pod kuratelę i dlatego wznowiono proces. Mimo oświadczenia znawcy, że podsądny w czasie badania okazywał niewątpliwe objawy obłędu i mimo orzeczenia drugiego znawcy, (dyrektora zakładu dla umysłowo chorych w Tost dra Schuberta), że trudno o bardziej typowy przypadek przewlekłego obłąkania, twierdził prokurator »na podstawie osobistego wrażenia«, że podsądny jest zdrów i wnosił o skazanie na 3 lata więzienia. W przypadku tym jednak trybunał oskarżonego uwolnił. Wobec takich faktów nasuwa się pytanie, po co sądy pytają znawców, jeśli nawet w przypadkach, gdzie oni powinni rozstrzygać, pomija się ich orzeczenie? A należy zważyć, że w przypadkach tych nie było żadnej sprzeczności w oświadczeniach znawców. *Stahr.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h.
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 do 30. VI.	24,448	31,900
W miesiącu lipcu 1907	6,925	—
razem .	346,138	144,850

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 28. VII. do 3. VIII. 1907 doniesiono o 22 nowych przypadkach duru plamistego w 8 gminach, a mianowicie pow. Drohobycz (Łastówki 3), Horodenka (Horodenka 1), Jaworów (Przyłbice 3), Lisko (Wołosate 7, zawleczono z Węgier), Nadwórna (Pniów 3), Rawa (Smolin 1), Stanisławów (Czerniejów 3), Tarnopol (Proszowa 1); o 1 przypadku ospy w pow. Kałusz (Jasień 1, zawleczony z Węgier). — W czasie od 4 do 10. VIII. 1907 doniesiono o 15 nowych przypadkach duru plamistego w 10 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 1, pow. Drohobycz (Łastówki 2), Jaworów (Zawadów 1, Podłuby 2), Brzeżany (Brzeżany 1), Nadwórna (Pasieczna 1, Pniów 3), Peczeniżyn (Utoropy 2), Stryj (Hutar 1), Tarnopol (Proszowa 1); o 2 przypadkach ospy w pow. Kałusz (Jasień 2). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. do 10. VIII. przypadków: płonicy 3 † 1, błonicy 4, ospówki 1, róży 4. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 4. do 10. VIII. przypadków: błonicy 6 (w tem obcy 1), płonicy † 1, odry 6 (1), duru osutkowego 1, duru brzusznego 8 † 1 (2 † 1), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), nagminnego zapalenia opon † 1. *L.*

Cholera w gubernii samarskiej i symbirskiej szerzy się.

Mór wybuchnął w gubernii astrachańskiej.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Jak donosi »Tygodnik lekarski« (Nr. 33), rozpoczęła się budowa kliniki pedyatrycznej; o budowę szpitalnego pawilonu zakaźnego toczą się układy między Wydziałem krajowym, a Zarządem miasta Lwowa. Nowy budynek uzyska też prywatny Dom zdrowia dr Soleckiego.

Warszawa. Towarzystwo odontologiczne liczyło w roku 1906/7 61 członków, odbyło 20 posiedzeń, na których wygłoszono 7 wykładów i 3 demonstracye. Dochody wynosiły 387 rb., wydatki 233 rb., biblioteka liczyła 151 dzieł i 173 roczników.

Z różnych stron. O X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich umieszcza »Casopis lek. českych« obszerniejszą korespondencyę dr L. Černickyego. Autor artykułu z wielkiem uznaniem pisząc o Zjeździe i o wystawie, wyraża żal, że w Zjeździe nie uczestniczyli przedstawiciele innych narodów słowiańskich.

— W II międzynarodowym Zjeździe dla higieny szkolnej w Londynie uczestniczyło kilkunastu Polaków, głównie z kół pedagogicznych. Z lekarzy polskich brali udział i wygłosili wykłady pna dr Joteykówna z Brukseli i dr Eugeniusz Piasecki ze Lwowa. Przyszły zjazd ma się odbyć w r. 1920, prawdopodobnie w Paryżu.

— Akademię lekarską w Dusseldorfie otwarto uroczyście 27/VII. b. r.

— Rektorem uniwersytetu w Glasgowie wybrano po raz pierwszy od założenia tej wszechnicy (t. j. od r. 1450) profesora medycyny, mianowicie patologa Mac Alistera. Dotąd bywali tam rektorami zawsze teologowie.

— W Genewie ma Robert Odier założyć szwajcarski zakład badania raka. *E. S.*

— Zjazd »Kropli mleka« oraz »Opieki dzieci« odbędzie się w Brukseli między 12 a 16 IX. b. r. Wyjaśnień udziela E. Lust, sekretarz jeneralny w Brukseli (rue de la Limite 27). *E. S.*

— Drugi międzynarodowy kongres dla fizyoterapii odbędzie się w Rzymie między 13 a 16 X. r. b. pod przewodnictwem prof. Baccelliego. *E. S.*

Mianowani: prof. Sellheim z Düsseldorfu dyrektorem kliniki położniczej w Tübingen (na miejsce Döderleina); psychiatra doc. Dannemann w Giessen profesorem nadzwyczajnym; w Paryżu mianowani: profesorem anatomii (po zmarłym Poirier), prof. Nicolas; histologii (po zmarłym M. Duvalu), prof. Prenant, obaj z Nancy; profesorem chirurgii operacyjnej dr Quenu; profesorem położnictwa dr Bar.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.